

Report Osservatorio GIMBE 1/2025
La mobilità sanitaria interregionale nel 2022



AUTORI

Nino Cartabellotta, Marco Mosti, Roberto Luceri, Elena Cottafava, Francesca Orsi

CITAZIONE

Report Osservatorio GIMBE n. 1/2025. La mobilità sanitaria interregionale nel 2022. Fondazione GIMBE: Bologna, 11 febbraio 2025. Disponibile a: www.gimbe.org/mobilita2022. Ultimo accesso: giorno mese anno.

FONTI DI FINANZIAMENTO

Il Report Osservatorio GIMBE n. 1/2025 “La mobilità sanitaria interregionale nel 2022” è stato elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale.

DISCLOSURE

La Fondazione GIMBE è una organizzazione non profit che svolge attività di formazione e ricerca sugli argomenti trattati nel report.

DISCLAIMER

La Fondazione GIMBE declina ogni responsabilità per danni nei confronti di terzi derivanti da un utilizzo autonomo e/o improprio dei dati e delle informazioni contenuti nel presente report.

© Fondazione GIMBE, febbraio 2025.

Questo è un documento open-access, distribuito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

INDICE

1. Introduzione.....	1
2. Obiettivi.....	3
3. Metodi.....	4
4. Risultati.....	6
4.1. Valore della mobilità sanitaria.....	6
4.2. Valore delle tipologie di prestazioni erogate in mobilità.....	16
4.3. Mobilità verso le strutture private accreditate.....	22
4.4. Relazione tra mobilità sanitaria e adempimenti LEA.....	27
5. Limiti.....	28
6. Conclusioni.....	29

1. Introduzione

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) garantisce l'assistenza ai cittadini presso le strutture sanitarie della propria Regione di residenza: tuttavia, il cittadino ha il diritto di ricevere a carico del SSN prestazioni sanitarie anche in strutture pubbliche e private accreditate di altre Regioni. Questa "portabilità" del diritto alla tutela della salute genera il fenomeno della mobilità sanitaria interregionale (di seguito "mobilità regionale"). Questa si distingue in:

- **Mobilità attiva:** identifica l'indice di attrazione di una Regione, ovvero le prestazioni sanitarie erogate in favore di cittadini residenti in altre Regioni.
- **Mobilità passiva:** esprime l'indice di fuga da una Regione, ovvero le prestazioni sanitarie erogate ai cittadini in una Regione diversa da quella di residenza.

Dal punto di vista economico, per ciascuna Regione e Provincia autonoma, la mobilità attiva rappresenta una voce di credito, mentre quella passiva costituisce una voce di debito: la loro differenza determina il "saldo di mobilità", che può essere attivo quando il valore delle prestazioni erogate per cittadini non residenti è superiore a quello delle prestazioni ricevute dai residenti in altre Regioni, oppure negativo nel caso opposto.

La Regione che eroga la prestazione viene rimborsata da quella di residenza del cittadino tramite il meccanismo di compensazione interregionale della mobilità sanitaria, che avviene in occasione del riparto del fabbisogno sanitario nazionale (FSN). Questo processo è disciplinato da un accordo interregionale che stabilisce le tipologie di prestazioni soggette a compensazione, i tracciati, le modalità e le tempistiche che regolano la trasmissione dei dati. In particolare, i tracciati record fanno riferimento a 7 flussi finanziari, corrispondenti ad altrettante tipologie di prestazioni erogate:

- A. Ricoveri ordinari e day hospital, differenziati per pubblico, IRCCS privato e altro privato accreditato
- B. Medicina generale
- C. Specialistica ambulatoriale, differenziati per pubblico e privato accreditato
- D. Farmaceutica
- E. Cure termali
- F. Somministrazione diretta di farmaci
- G. Trasporti con ambulanza ed elisoccorso

Tutte le prestazioni incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che non rientrano tra quelle soggette a compensazione devono essere addebitate alla Regione di residenza tramite fatturazione diretta, eventualmente preceduta da una comunicazione alla ASL di appartenenza del paziente.

Lo scambio dei dati tra le Regioni si articola in tre fasi (addebito, contestazioni e controdeduzioni), al termine delle quali il coordinamento delle Regioni elabora la tabella riepilogativa degli importi di mobilità, utilizzata per il riparto del FSN dell'anno successivo. In dettaglio:

- **Primo addebito:** ogni Regione creditrice invia i dati di attività (Modello H) a ogni Regione debitrice entro il 15 maggio dell'anno successivo a quello di rilevazione. Entro il 15 giugno, ciascuna Regione deve consolidare il proprio addebito e trasmettere alla Regione

responsabile del coordinamento del gruppo tecnico interregionale il Modello M, per il successivo invio al Ministero della Salute.

- **Contestazioni:** ogni Regione ha la facoltà di verificare i record di attività ricevuti dalle altre Regioni e contestare gli eventuali errori attraverso il modello C, entro e non oltre il 15 luglio dell'anno successivo a quello di rilevazione.
- **Controdeduzioni:** la Regione destinataria della contestazione può presentare le proprie controdeduzioni, provvedendo a re-inviare tutti i record contestati tramite il modello D, entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello di rilevazione. In caso di contenziosi tra le Regioni è prevista la costituzione di un organo con funzioni di "collegio arbitrale al cui giudizio le Regioni devono attenersi. Al termine di questa fase le Regioni possono stipulare accordi bilaterali per il riconoscimento economico della compensazione. Gli eventuali accordi siglati entro il 15 novembre vengono utilizzati per la definizione della tabella finale degli importi in compensazione per il riparto dell'anno successivo, includendo eventuali rettifiche sugli importi da compensare dovuti all'esito di contestazioni, controdeduzioni, accordi bilaterali e determinazioni del collegio arbitrale.

La procedura di compensazione della mobilità sanitaria, di fatto, è molto articolata e complessa, tanto che le stesse Regioni concordano sulla necessità di semplificarla. Peraltro, considerato che nessuno dei modelli utilizzati per la trasmissione dei flussi è pubblicamente disponibile, risulta impossibile quantificare il valore economico degli step intermedi (contestazioni, controdeduzioni, accordi bilaterali, determinazioni del collegio arbitrale) che dal "primo addebito" portano alla tabella finale degli importi in compensazione. Di conseguenza, gli importi riportati nei Modelli M non corrispondono a quelli poi utilizzati per la compensazione tra Regioni in occasione del riparto del FSN, con differenze che possono essere anche rilevanti.

Secondo le tempistiche previste dalla procedura, la compensazione della mobilità sanitaria interregionale viene effettuata con il riparto del FSN relativo a due anni dopo quello di riferimento (tabella 1.1). Di conseguenza, il riparto 2024 approvato dal CIPESS il 19 dicembre 2024¹ è riferito ai flussi di mobilità sanitaria del 2022, in conformità con l'accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria 2022, approvato il 7 giugno 2023 dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome².

Step	Scadenza
Invio primo addebito (Modello H)	15 maggio 2023
Consolidamento e trasmissione del Modello M	15 giugno 2023
Contestazioni (Modello C)	15 luglio 2023
Controdeduzioni (Modello D)	30 settembre 2023
Gestione dei contenziosi e accordi bilaterali	15 novembre 2023
Tabella finale importi in compensazione per il riparto 2024	Non definita

Tabella 1.1. Mobilità 2022: step della procedura e tempistiche

¹ Conferenza Stato-Regioni. Intesa, ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPESS concernente il riparto tra le regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2024. Disponibile a: www.unificata.it/media/a3tdkwd/p-26-csr-atto-rep-228-28nov2024.pdf. Ultimo accesso: 10 febbraio 2025.

² Conferenza Stato-Regioni. Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2 dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, sul documento recante "Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria aggiornato all'anno 2022 - Regole tecniche". Disponibile a: www.statoregioni.it/media/6025/p-4-csr-atto-rep-n-134-7giu2023.pdf. Ultimo accesso: 10 febbraio 2025.

2. Obiettivi

Il presente report analizza i dati della mobilità sanitaria relativi all'anno 2022 con i seguenti obiettivi:

- Valutare l'andamento del valore totale della mobilità sanitaria e le differenze regionali relative a mobilità attiva, mobilità passiva, saldo totale, saldo pro-capite.
- Esaminare i valori delle sette tipologie di prestazioni erogate in mobilità.
- Determinare il valore della mobilità verso le strutture private, differenziato per ricoveri (ordinari e day hospital) e specialistica ambulatoriale.
- Approfondire la mobilità sanitaria per categorie di ricoveri e di specialistica ambulatoriale.
- Indagare le relazioni tra adempimenti LEA e mobilità sanitaria.

Gli ultimi due obiettivi sono stati integrati nel presente report, rispetto alle edizioni precedenti^{3,4,5,6,7}.

Esulano dalle analisi del presente report sia la mobilità intra-regionale (tra strutture differenti della stessa Regione), sia la mobilità transfrontaliera (prestazioni erogate ai cittadini italiani da strutture sanitarie all'estero).

³ Report Osservatorio GIMBE n. 3/2018. La mobilità sanitaria interregionale nel 2016. Fondazione GIMBE: Bologna, luglio 2018. Disponibile a: www.gimbe.org/mobilita2016. Ultimo accesso: 10 febbraio 2025.

⁴ Report Osservatorio GIMBE n. 6/2019. La mobilità sanitaria interregionale nel 2017. Fondazione GIMBE: Bologna, luglio 2019. Disponibile a: www.gimbe.org/mobilita2017. Ultimo accesso: 10 febbraio 2025.

⁵ Report Osservatorio GIMBE n. 2/2020. La mobilità sanitaria interregionale nel 2018. Fondazione GIMBE: Bologna, settembre 2020. Disponibile a: www.gimbe.org/mobilita2018. Ultimo accesso: 10 febbraio 2025.

⁶ Report Osservatorio GIMBE n. 2/2023. La mobilità sanitaria interregionale nel 2020. Fondazione GIMBE: Bologna, marzo 2023. Disponibile a: www.gimbe.org/mobilita2020. Ultimo accesso: 10 febbraio 2025

⁷ Report Osservatorio GIMBE n. 1/2024. La mobilità sanitaria interregionale nel 2021. Fondazione GIMBE: Bologna, gennaio 2024. Disponibile a: www.gimbe.org/mobilita2021. Ultimo accesso: 10 febbraio 2025

3. Metodi

Le fonti utilizzate per le analisi del presente report sono rappresentate da:

- Dati economici aggregati in crediti, debiti e relativi saldi, parte integrante dell'Intesa Stato-Regioni del 28 novembre 2024 sulla proposta di riparto del FSN per il 2024⁸.
- Dati sui valori economici delle prestazioni erogate da ciascuna Regione a cittadini di altre Regioni trasmessi al Ministero della Salute tramite il modello M (figura 3.1) e acquisiti dalla Fondazione GIMBE attraverso accesso civico generalizzato.
- Dati sul valore e tipologia dei ricoveri ospedalieri in mobilità e sul valore e la tipologia di prestazioni di specialistica ambulatoriale, estratti dal Report Agenas⁹.

Provenienza		Ricoveri Ordinari e in Day hospital			Medicina generale	Specialistica ambulatoriale	Farmacologica	Cure termali	Somministrazione diretta farmaci	Trasporti con ambulanza ed elisoccorso	TOTALE
		PUBBLICO	PRIVATO	TOTALE							
PIEMONTE											
VALLE D'AOSTA											
LOMBARDIA											
P.A. BOLZANO											
P.A. TRENTO											
VENETO											
FRIULI V.G.											
LIGURIA											
EMILIA ROMAGNA											
TOSCANA											
UMBRIA											
MARCHE											
LAZIO											
ABRUZZO											
MOLISE											
CAMPANIA											
PUGLIA											
BASILICATA											
CALABRIA											
SICILIA											
SARDEGNA											
BAMBINI GESU'											
TOTALE											
Data		Il responsabile									

Figura 3.1. Modello M: riepilogo dei valori finanziari delle prestazioni erogate a cittadini di altre Regioni

⁸ Conferenza Stato-Regioni. Intesa, ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPES concernente il riparto tra le regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2024. Disponibile a: www.unificata.it/media/a3tdkwld/p-26-csr-atto-rep-228-28nov2024.pdf. Ultimo accesso: 10 febbraio 2025.

⁹ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. La Mobilità Sanitaria in Italia. Edizione 2023. Disponibile a: www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/quaderno/mobilita-sanitaria/Mobilita-sanitaria-completo-def.pdf. Ultimo accesso: 10 febbraio 2025.

Tutti i dati sono stati importati nella dataroom GIMBE sulla mobilità sanitaria e analizzati per gli obiettivi del report. In dettaglio sono stati utilizzati:

- I dati economici aggregati dell'Intesa Stato-Regioni per definire il valore della mobilità sanitaria e le differenze regionali su mobilità attiva, mobilità passiva, saldi totali e saldi pro-capite.
- I dati dei Modelli M per analizzare il valore delle tipologie di prestazioni erogate e il valore della mobilità verso le strutture private accreditate per le prestazioni di ricoveri (ordinari e day hospital) e di specialistica ambulatoriale;
- i dati Agenas per analizzare valore e tipologia di:
 - ricoveri ospedalieri in mobilità secondo tre macrocategorie (casuale, apparente, effettiva) e tre sotto-categorie dei DRG della mobilità effettiva (alta complessità, media o bassa complessità, a rischio inappropriatezza);
 - prestazioni di specialistica ambulatoriale.

È fondamentale rilevare che gli importi delle tre fonti non coincidono perché:

- i dati dei Modelli M sono relativi al primo addebito trasmesso da ciascuna Regione e Provincia autonoma;
- i dati aggregati dell'Intesa Stato-Regioni fanno seguito alle contestazioni e controdeduzioni al primo addebito e includono gli accordi di compensazione;
- i dati Agenas riguardano solo ricoveri e specialistica ambulatoriale erogati in mobilità, e derivano rispettivamente dal flusso delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) e dal flusso della specialistica ambulatoriale (ex art. 50, L. 326/2003).

Si segnala, infine, che gli importi relativi all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (OPBG) e all'Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta (ACISMOM) sono stati inclusi nel valore totale della mobilità e considerati come voce di mobilità passiva per le Regioni e Province autonome, ma non sono stati utilizzati le rimanenti analisi.

4. Risultati

Il paragrafo 4.1 riporta i risultati delle analisi sui dati economici della mobilità (crediti, debiti e saldi) secondo quanto riportato dall'Intesa Stato-Regioni del 28 novembre 2024: valore della mobilità sanitaria, differenze regionali relative a mobilità attiva e passiva, saldi totali, debiti, crediti e saldi pro-capite.

Nei paragrafi 4.2 e 4.3 sono riportati i risultati delle analisi effettuate sui dati dei Modelli M, con riferimento al valore delle diverse tipologie di prestazioni erogate e al valore della mobilità verso le strutture private, sia per i ricoveri (ordinari e day hospital) che per le prestazioni di specialistica ambulatoriale.

I paragrafi 4.3.1. e 4.3.2 analizzano, rispettivamente, le categorie di ricoveri ospedalieri e le tipologie di prestazioni di specialistica ambulatoriale utilizzando i dati del report Agenas.

Il paragrafo 4.4 esamina la relazione tra gli adempimenti LEA e mobilità sanitaria.

4.1. Valore della mobilità sanitaria

Nel 2022 il valore della mobilità sanitaria è pari a € 5.037 milioni (figura 4.1); il più elevato dal 2010 a oggi con un aumento del 18,6% rispetto al 2021 (€ 4.247 milioni).

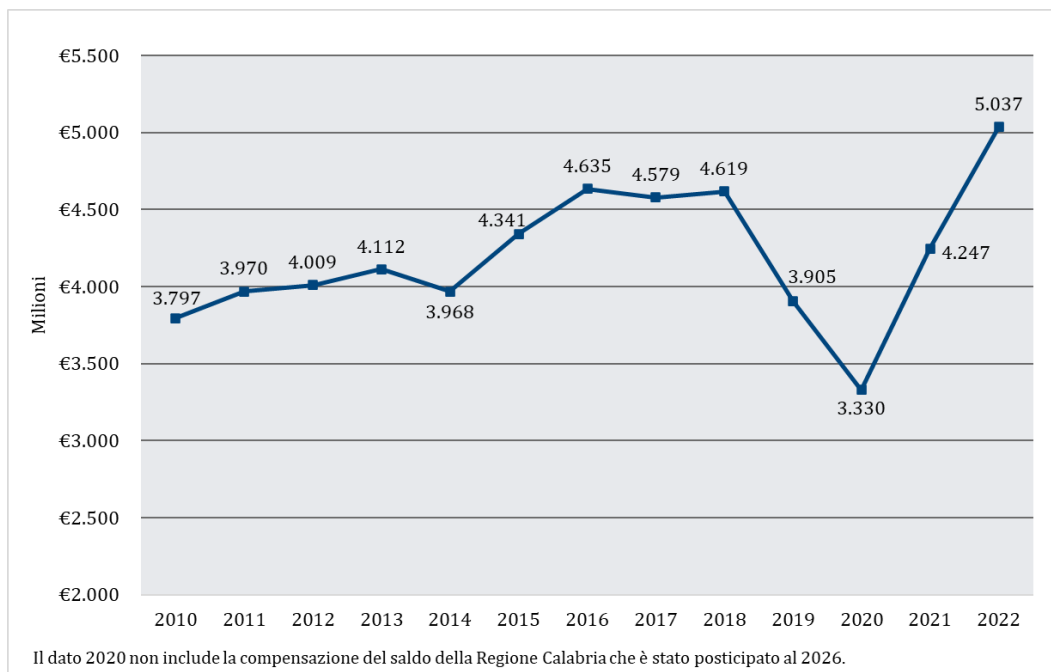


Figura 4.1. Valore della mobilità sanitaria: trend 2010-2022

L'analisi del trend 2010-2022 mostra lievi oscillazioni tra il 2010 e il 2014, seguite da un netto incremento tra il 2014 e il 2016, quindi un plateau negli anni 2016-2018 e un netto calo nel 2019 e nel 2020, per segnare infine una netta ripresa nel 2021 e nel 2022. Da rilevare che valore della mobilità del 2020 (€ 3.330 milioni) risulta sottostimato per due ragioni: da un lato, l'emergenza pandemica COVID-19 ha ridotto gli spostamenti delle persone e l'offerta di

prestazioni ospedaliere e ambulatoriali; dall'altro, non include i dati della Regione Calabria che, secondo il corrispondente modello M, ammontano a € 224,4 milioni di debiti e € 27,2 milioni di crediti.

La tabella 4.1 riporta i valori in termini di crediti, debiti e saldi per le 19 Regioni e 2 Province autonome, oltre che, secondo quanto previsto dai criteri di riparto, per l'OPBG e per l'ACISMOM.

Regioni	Crediti	Debiti	Saldi
Abruzzo	€ 108.690.904	€ 212.783.643	-€ 104.092.739
Basilicata	€ 63.296.164	€ 144.108.142	-€ 80.811.978
Calabria	€ 31.342.997	€ 336.128.699	-€ 304.785.702
Campania	€ 175.228.804	€ 483.674.814	-€ 308.446.010
Emilia-Romagna	€ 806.743.249	€ 281.294.934	+€ 525.448.315
Friuli Venezia Giulia	€ 92.372.963	€ 104.133.868	-€ 11.760.905
Lazio	€ 403.373.843	€ 596.733.182	-€ 193.359.339
Liguria	€ 158.291.683	€ 232.921.272	-€ 74.629.589
Lombardia	€ 1.074.196.662	€ 450.615.512	+€ 623.581.150
Marche	€ 124.637.462	€ 178.330.444	-€ 53.692.982
Molise	€ 109.351.329	€ 82.970.138	+€ 26.381.191
Piemonte	€ 286.765.132	€ 293.049.329	-€ 6.284.197
Prov. Aut. di Bolzano	€ 32.399.752	€ 30.164.553	+€ 2.235.199
Prov. Aut. di Trento	€ 80.814.615	€ 73.723.134	+€ 7.091.481
Puglia	€ 159.407.080	€ 389.561.940	-€ 230.154.860
Sardegna	€ 33.512.903	€ 129.804.980	-€ 96.292.077
Sicilia	€ 82.470.794	€ 324.309.854	-€ 241.839.060
Toscana	€ 281.102.602	€ 231.827.858	+€ 49.274.744
Umbria	€ 88.147.699	€ 124.771.683	-€ 36.623.984
Valle d'Aosta	€ 15.485.282	€ 27.429.605	-€ 11.944.323
Veneto	€ 506.736.547	€ 308.538.717	+€ 198.197.830
OPBG	€ 274.928.723	€ 18.822	+€ 274.909.901
ACISMOM	€ 47.697.934	€ 0	+€ 47.697.934
Totale	€ 5.036.995.123	€ 5.036.895.123	€ 0

OPBG: Ospedale Pediatrico Bambino Gesù
ACISMOM: Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta

Tabella 4.1. Mobilità sanitaria anno 2022: crediti, debiti e saldi

4.1.1. Mobilità sanitaria attiva e passiva

Mobilità sanitaria attiva. Identifica le prestazioni erogate da ciascuna Regione a cittadini non residenti: in termini di performance, esprime il cosiddetto “indice di attrazione”, mentre sotto il profilo economico identifica i crediti esigibili da ciascuna Regione (figura 4.2).

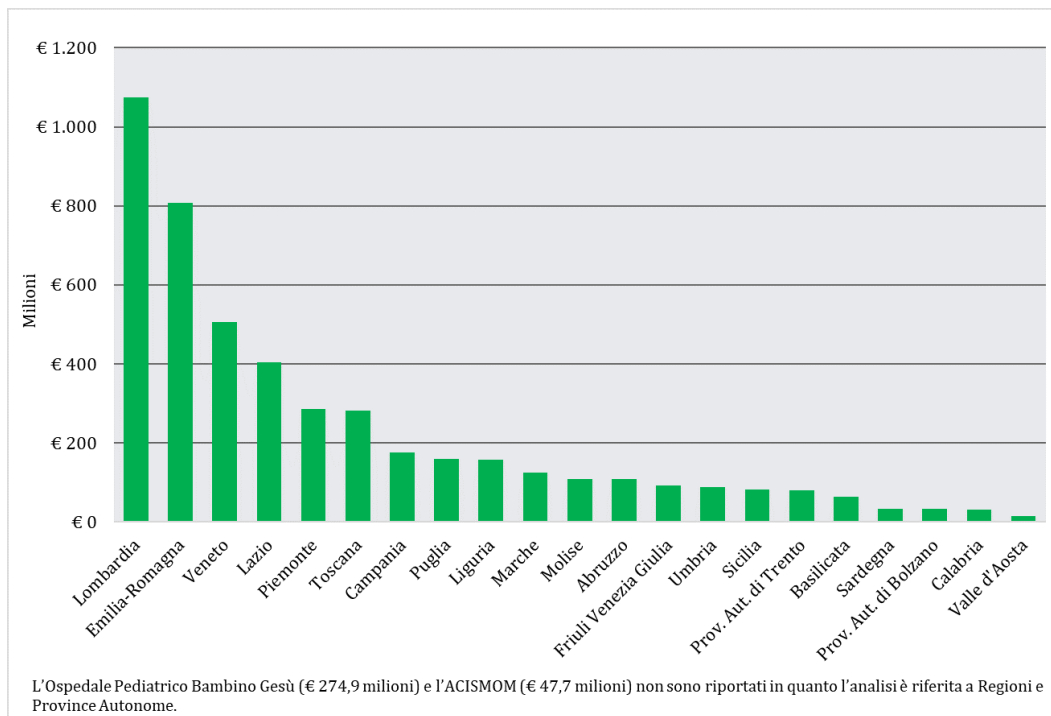


Figura 4.2. Crediti per mobilità sanitaria attiva: anno 2022

Le 6 Regioni con maggiori capacità di attrazione registrano crediti superiori a € 200 milioni: Lombardia (22,8%), Emilia-Romagna (17,1%), Veneto (10,7%) attraggono complessivamente oltre la metà della mobilità attiva. A queste si aggiungono Lazio (8,6%), Piemonte (6,1%) e Toscana (6,0%), che insieme raggiungono un ulteriore 20,6%. Il rimanente 28,8% della mobilità attiva si distribuisce tra le altre 15 Regioni e Province autonome.

Questi dati documentano sia la forte capacità attrattiva di tre grandi Regioni del Nord (Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto) sia quella estremamente limitata delle Regioni del Centro-Sud, con la sola eccezione del Lazio.

Mobilità sanitaria passiva. Identifica le prestazioni erogate ai cittadini al di fuori della Regione di residenza: in termini di performance esprime il cosiddetto “indice di fuga”, mentre sotto il profilo economico identifica i debiti di ciascuna Regione (figura 4.3).

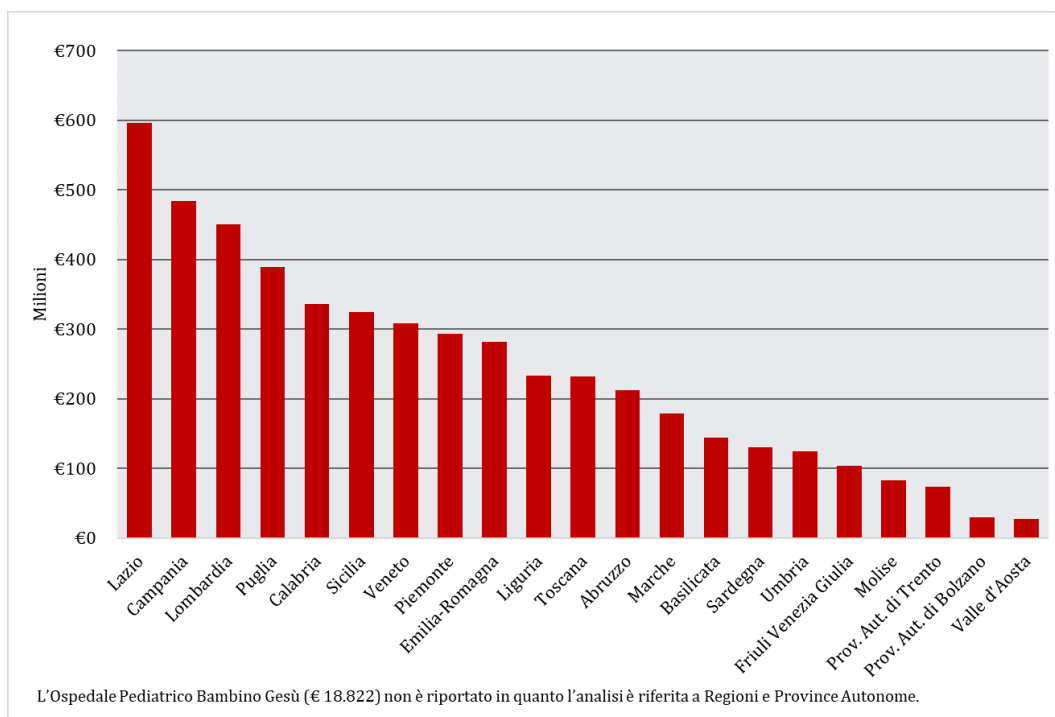


Figura 4.3. Debiti per mobilità sanitaria passiva: anno 2022

Le 3 Regioni con il maggiore indice di fuga generano debiti superiori a € 400 milioni ciascuna: in testa si collocano Lazio (11,8%), Campania (9,6%) e Lombardia (8,9%), che insieme rappresentano quasi un terzo della mobilità passiva. Il restante 69,6% si distribuisce tra le altre Regioni e Province autonome.

Per la mobilità passiva, rispetto a quella attiva, le differenze tra Nord e Sud sono meno marcate. In particolare, si registrano rilevanti indici di fuga anche nelle Regioni settentrionali con elevata mobilità attiva: Lombardia (-€ 450,6 milioni), Veneto (-€ 308,5 milioni), Emilia-Romagna (-€ 281,3 milioni). Questi dati riflettono specifiche preferenze dei cittadini, favorite dalla facilità di spostamento tra Regioni del Nord che offrono servizi sanitari di elevata qualità.

4.1.2. Mobilità sanitaria: saldi

La differenza tra crediti e debiti determina il saldo di ciascuna Regione (figura 4.4).

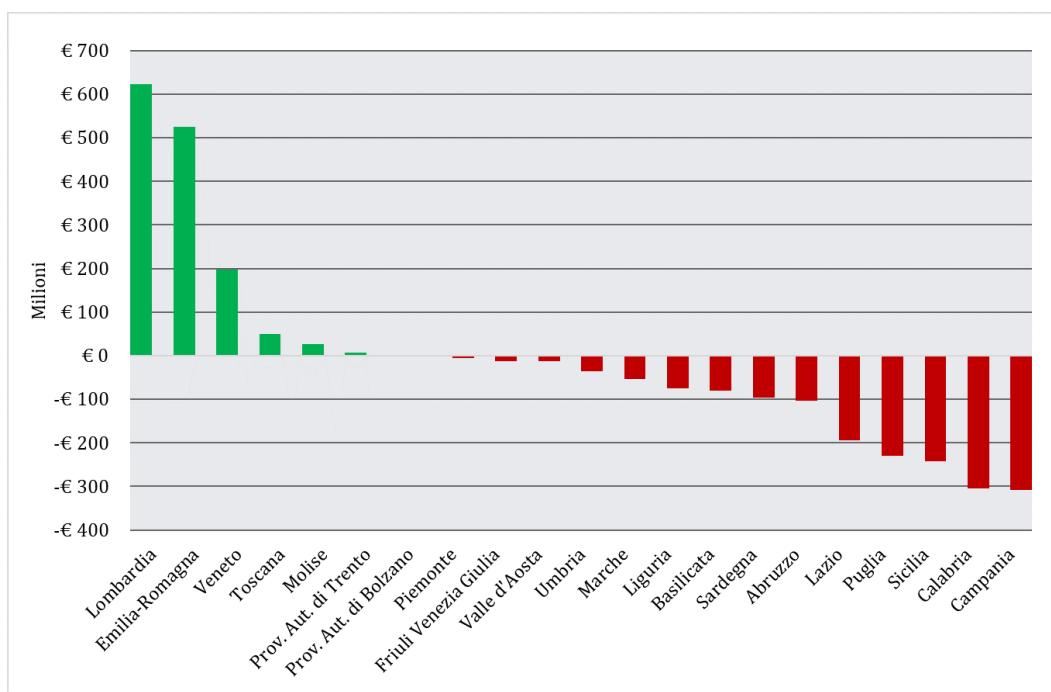


Figura 4.4. Saldo totale della mobilità sanitaria: anno 2022

In base all'entità e al segno (positivo/negativo) del saldo 2022, le Regioni sono state suddivise in sei categorie: quelle con saldo positivo rilevante (>€ 100 milioni) si trovano solo al Nord, mentre le Regioni con saldo negativo rilevante (>€ 100 milioni) tutte al Mezzogiorno, ad eccezione del Lazio (figura 4.5, tabella 4.2).

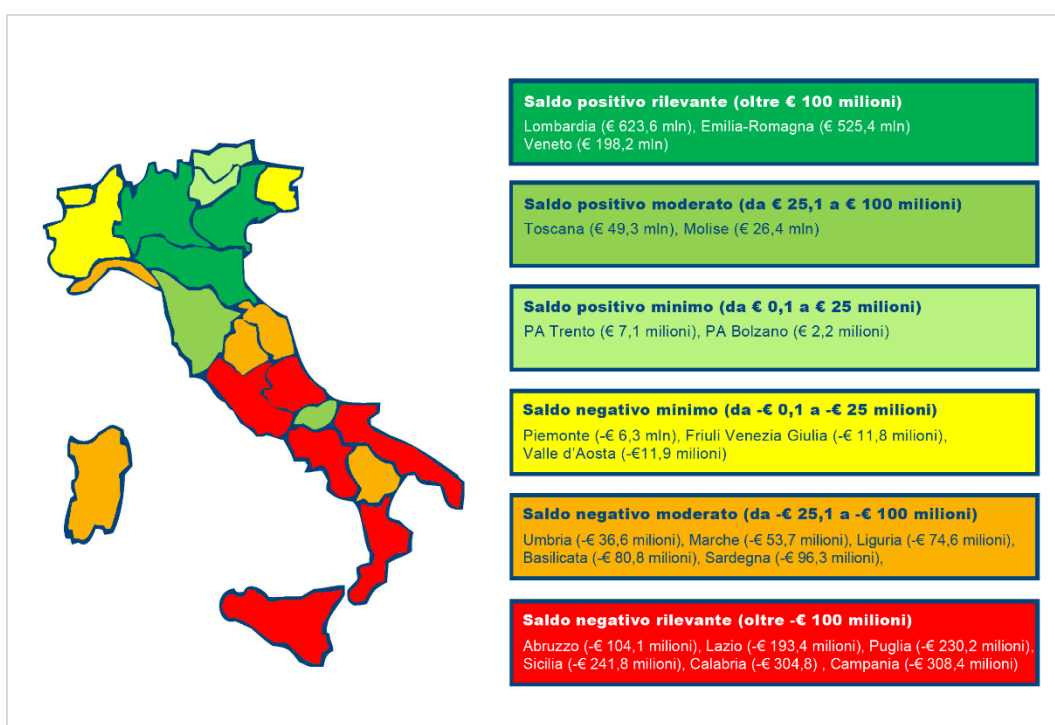


Figura 4.5. Categorie saldi mobilità sanitaria 2022

Categoria saldo	Range saldo	Regione	Saldo
Positivo rilevante	Oltre € 100	Lombardia	€ 623,6
		Emilia-Romagna	€ 525,4
		Veneto	€ 198,2
Positivo moderato	Da € 25,1 a € 100	Toscana	€ 49,3
		Molise	€ 26,4
Positivo minimo	Da € 0,1 a € 25	Prov. Aut. di Trento	€ 7,1
		Prov. Aut. di Bolzano	€ 2,2
Negativo minimo	Da -€ 0,1 a -€ 25	Piemonte	-€ 6,3
		Friuli Venezia Giulia	-€ 11,8
		Valle d'Aosta	-€ 11,9
Negativo moderato	Da -€ 25,1 a -€ 100	Umbria	-€ 36,6
		Marche	-€ 53,7
		Liguria	-€ 74,6
		Basilicata	-€ 80,8
		Sardegna	-€ 96,3
Negativo rilevante	Oltre -€ 100	Abruzzo	-€ 104,1
		Lazio	-€ 193,4
		Puglia	-€ 230,2
		Sicilia	-€ 241,8
		Calabria	-€ 304,8
		Campania	-€ 308,4

Tabella 4.2. Categorie saldi mobilità sanitaria 2022 (dati in milioni)

Nel 2022, il 94,1% del saldo attivo si concentra in Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto (figura 4.6).

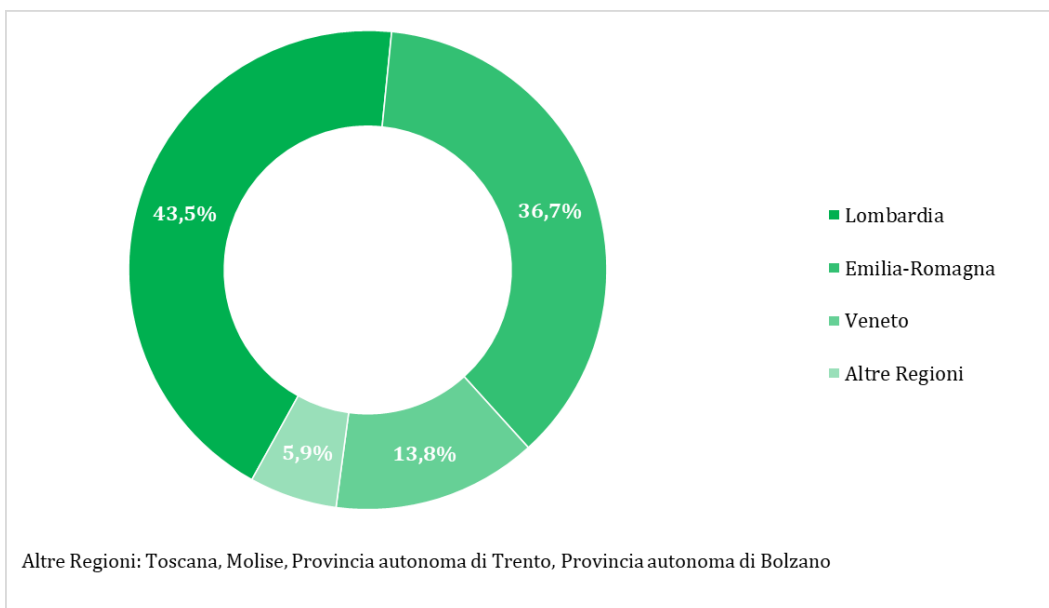


Figura 4.6. Mobilità regionale 2022: Regioni con saldo attivo

Anche se la distribuzione del saldo passivo 2022 presenta una maggiore frammentazione, il 78,8% si concentra in 5 Regioni del Sud e nel Lazio (figura 4.7).

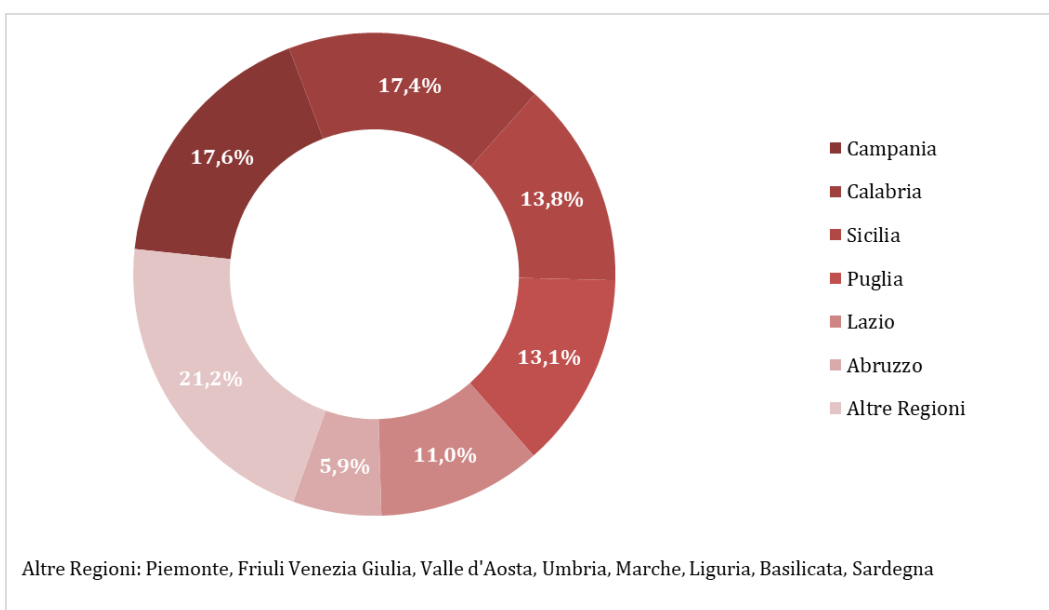


Figura 4.7. Mobilità regionale 2022: Regioni con saldo passivo

Variazioni 2022 vs 2021 dei saldi di mobilità. L'analisi delle variazioni rileva uno spostamento sempre più marcato dei flussi economici dal Sud verso il Nord (tabella 4.3). In particolare, in tre Regioni il saldo positivo è aumentato di almeno € 40 milioni: Lombardia (+€ 352,5 milioni), Emilia-Romagna (+€ 83,5 milioni) e Toscana (+€ 40 milioni). Parallelamente, il saldo negativo è aumentato di oltre € 40 milioni in Calabria (-€ 52,4 milioni), Lazio (-€ 53,7 milioni), Sicilia (-€ 64,4 milioni), Campania (-€ 87,6 milioni), Puglia (-€ 98,7 milioni).

Regioni	2021	2022	Differenza
Lombardia	€ 271.055.415	€ 623.581.150	€ 352.525.735
Emilia-Romagna	€ 441.952.498	€ 525.448.315	€ 83.495.817
Toscana	€ 9.244.100	€ 49.274.744	€ 40.030.644
Prov. Aut. di Trento	€ 1.354.258	€ 7.091.481	€ 5.737.223
Abruzzo	-€ 108.132.118	-€ 104.092.739	€ 4.039.379
Basilicata	-€ 83.482.904	-€ 80.811.978	€ 2.670.926
ACISMOM	€ 45.250.780	€ 47.697.934	€ 2.447.154
Prov. Aut. di Bolzano	€ 424.911	€ 2.235.199	€ 1.810.288
Valle d'Aosta	-€ 13.551.755	-€ 11.944.323	€ 1.607.432
Friuli Venezia Giulia	-€ 7.604.463	-€ 11.760.905	-€ 4.156.442
Liguria	-€ 69.520.648	-€ 74.629.589	-€ 5.108.941
Umbria	-€ 31.182.859	-€ 36.623.984	-€ 5.441.125
OPBG	€ 284.950.936	€ 274.909.901	-€ 10.041.035
Marche	-€ 38.453.397	-€ 53.692.982	-€ 15.239.585
Molise	€ 43.907.216	€ 26.381.191	-€ 17.526.025
Piemonte	€ 12.172.628	-€ 6.284.197	-€ 18.456.825
Veneto	€ 228.147.453	€ 198.197.830	-€ 29.949.623
Sardegna	-€ 64.725.228	-€ 96.292.077	-€ 31.566.849
Calabria	-€ 252.412.205	-€ 304.785.702	-€ 52.373.497
Lazio	-€ 139.656.801	-€ 193.359.339	-€ 53.702.538
Sicilia	-€ 177.443.558	-€ 241.839.060	-€ 64.395.502
Campania	-€ 220.878.396	-€ 308.446.010	-€ 87.567.614
Puglia	-€ 131.415.864	-€ 230.154.860	-€ 98.738.996
OPBG: Ospedale Pediatrico Bambino Gesù ACISMOM: Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta			

Tabella 4.3. Saldi mobilità sanitaria: differenza tra 2022 e 2021

Saldi pro-capite della mobilità sanitaria. Tenendo conto della popolazione residente ISTAT (58.997.201 abitanti al 31 dicembre 2022¹⁰), è stato calcolato l'impatto economico pro-capite della mobilità sanitaria (tabella 4.4).

Regioni	Crediti	Debiti	Saldi
Emilia-Romagna	€ 182	€ 63	€ 118
Molise	€ 376	€ 285	€ 91
Lombardia	€ 108	€ 45	€ 63
Veneto	€ 104	€ 64	€ 41
Prov. Aut. di Trento	€ 149	€ 136	€ 13
Toscana	€ 77	€ 63	€ 13
Prov. Aut. di Bolzano	€ 61	€ 56	€ 4
Piemonte	€ 67	€ 69	-€ 1
Friuli Venezia Giulia	€ 77	€ 87	-€ 10
Lazio	€ 71	€ 104	-€ 34
Marche	€ 84	€ 120	-€ 36
Umbria	€ 103	€ 146	-€ 43
Liguria	€ 105	€ 154	-€ 50
Sicilia	€ 17	€ 67	-€ 50
Campania	€ 31	€ 86	-€ 55
Puglia	€ 41	€ 100	-€ 59
Sardegna	€ 21	€ 82	-€ 61
Abruzzo	€ 85	€ 167	-€ 82
Valle d'Aosta	€ 126	€ 223	-€ 97
Basilicata	€ 118	€ 268	-€ 150
Calabria	€ 17	€ 182	-€ 165

Tabella 4.4. Mobilità sanitaria 2022: crediti, debiti e saldi pro-capite

¹⁰ ISTAT. Popolazione residente per sesso, età e stato civile al 31 dicembre 2022. Disponibile a: <https://demo.istat.it/app/?i=POS&l=it>. Ultimo accesso: 10 febbraio 2025.

I valori pro-capite determinano una ricomposizione delle classifiche di crediti (figura 4.8), debiti (figura 4.9) e saldi (figura 4.10).

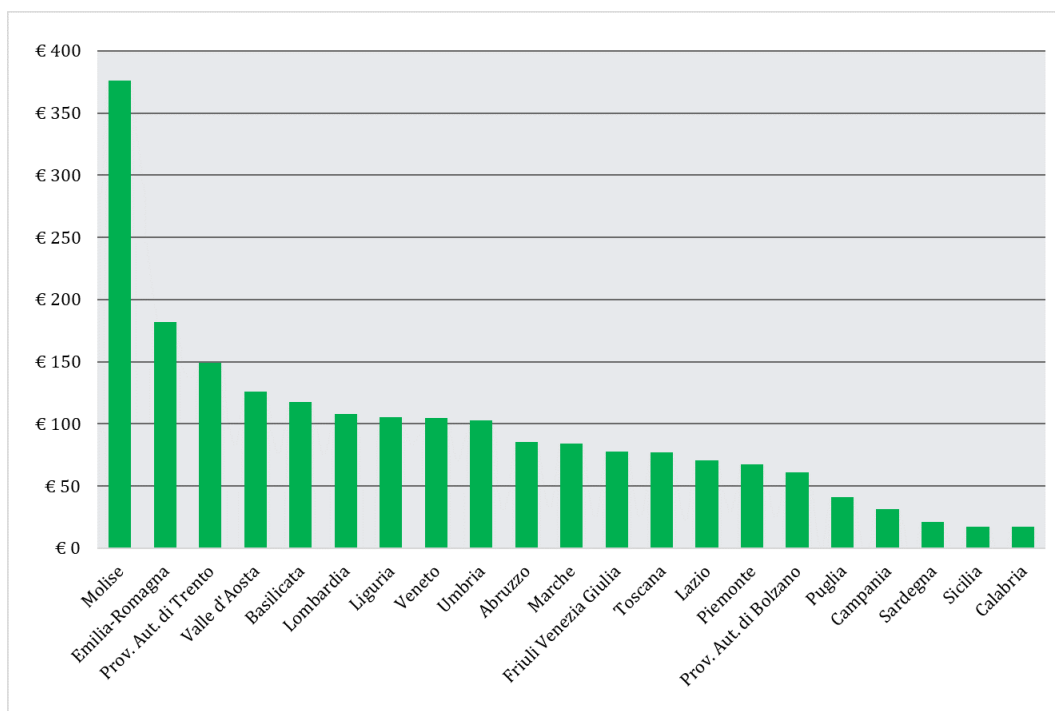


Figura 4.8. Mobilità regionale attiva 2022: entrate pro-capite per cittadino residente

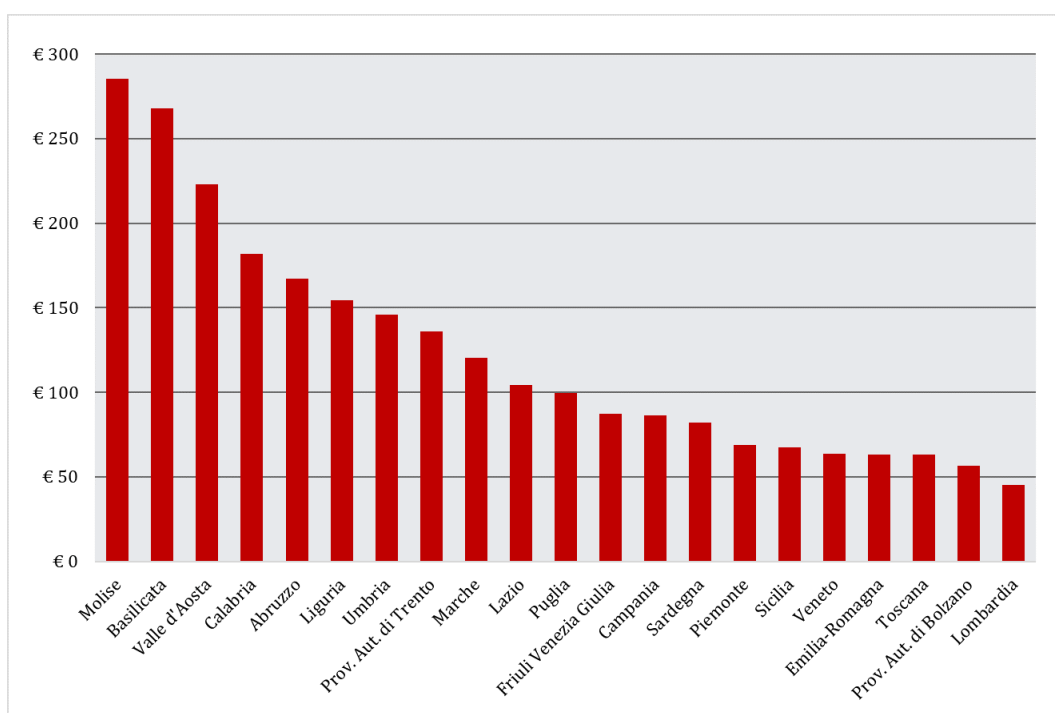


Figura 4.9. Mobilità regionale passiva 2022: spesa pro-capite per cittadino residente

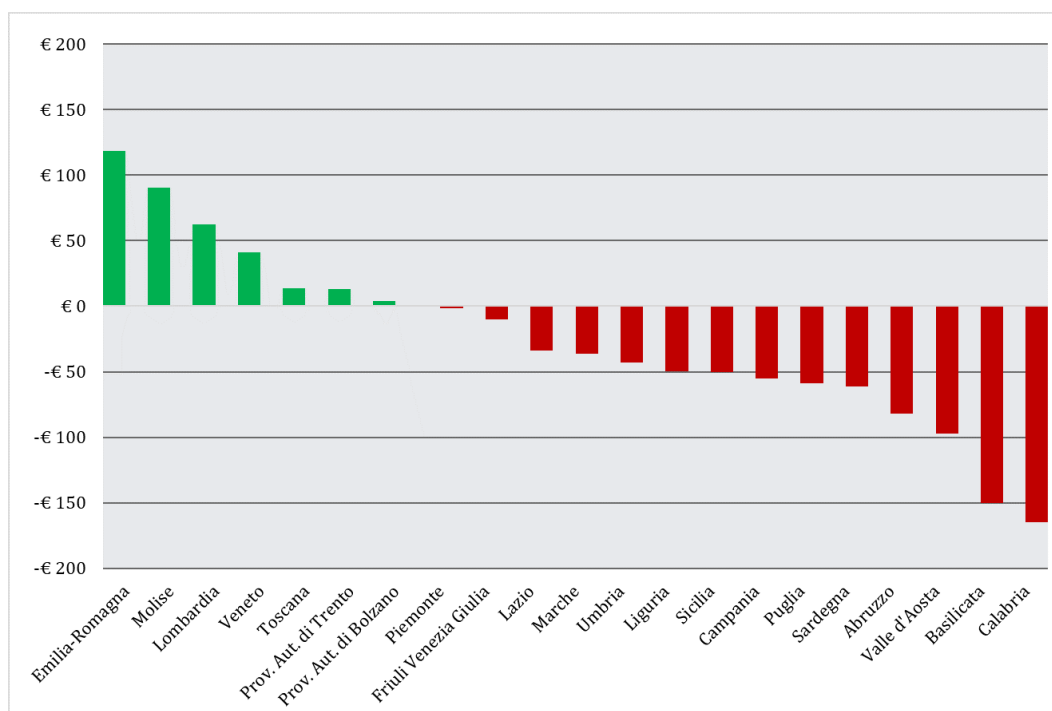


Figura 4.10. Mobilità regionale 2022: saldi pro-capite per cittadino residente

4.2. Valore delle tipologie di prestazioni erogate in mobilità

L'analisi dei Modelli M evidenzia che oltre due terzi (69,9%) del valore totale della mobilità sanitaria è relativa ai ricoveri ospedalieri (ordinari e day hospital) e il 15,9% alle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Rilevante anche il valore della somministrazione diretta di farmaci (9,3%), mentre le altre quattro categorie di prestazioni costituiscono complessivamente il 4,9% del valore totale della mobilità sanitaria (figura 4.11):

- Ricoveri ordinari e Day hospital: € 2.813,1 milioni (69,9%)
- Specialistica Ambulatoriale: € 639,1 milioni (15,9%)
- Somministrazione diretta di farmaci: € 375,2 milioni (9,3%)
- Farmaceutica: € 78,7 milioni (2,0%)
- Trasporti con elisoccorso ed ambulanza: € 55,6 milioni (1,4%)
- Medicina generale: € 33,9 milioni (0,8%)
- Cure termali: € 28,4 milioni (0,7%)

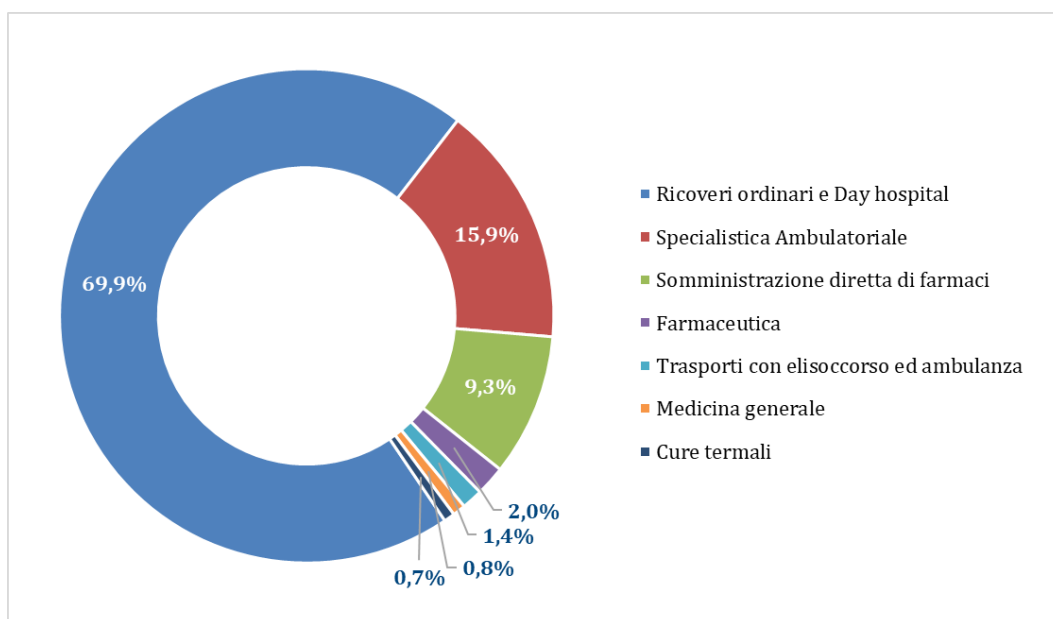


Figura 4.11. Mobilità sanitaria 2022: ripartizione per tipologia di prestazione

4.2.1. Mobilità per ricoveri

Il report Agenas utilizza le schede di dimissione ospedaliera (SDO) per classificare i ricoveri ospedalieri in mobilità. L'analisi include tutte le SDO relative ai ricoveri di pazienti residenti in Italia, per i quali la Regione di residenza è diversa da quella di dimissione. Sono considerati i ricoveri effettuati presso strutture pubbliche e private accreditate, sia in regime ordinario sia in day hospital/day surgery e con onere della degenza classificato a carico (totale o prevalente) del SSN.

Agenas classifica i ricoveri ospedalieri sono suddivisi in tre macro categorie, in base alle motivazioni e alle circostanze che hanno determinato la mobilità:

- **Mobilità casuale.** Include le SDO di ricoveri ordinari che soddisfano le seguenti condizioni:
 - nella variabile “tipo di ricovero” sono codificati come: ricovero urgente; ricovero per trattamento sanitario obbligatorio e parto non urgente;
 - nella variabile “provenienza” non rientrano nelle seguenti modalità: ricovero al momento della nascita, paziente inviato all’istituto di cura con proposta di un medico, ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura, paziente che accede all’istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico e non proveniente da pronto soccorso;
 - presentano un collegamento con il flusso EMergenza-URgenza - Pronto Soccorso (EMUR-PS).
- **Mobilità apparente.** Include i ricoveri effettuati nella Regione di domicilio del paziente, ove questa non coincide con quella di residenza. Questo tipo di mobilità viene identificata dal Ministero della Salute confrontando la Regione di residenza, presente nel flusso SDO, con la Regione di domicilio del paziente identificata nel flusso della farmaceutica del sistema Tessera Sanitaria.
- **Mobilità effettiva.** Viene calcolata dal valore della mobilità totale per ricoveri sottraendo quella casuale e quella apparente.

Nel 2022, il 78,5% della mobilità per ricoveri viene classificata come effettiva, il 17,4% come apparente e il 4,1% casuale (figura 4.12). In altri termini, il 21,5% della mobilità per ricoveri, pari ad un valore di € 577 milioni, non è dovuto alla scelta del paziente di ricoverarsi in una Regione diversa da quella di residenza.

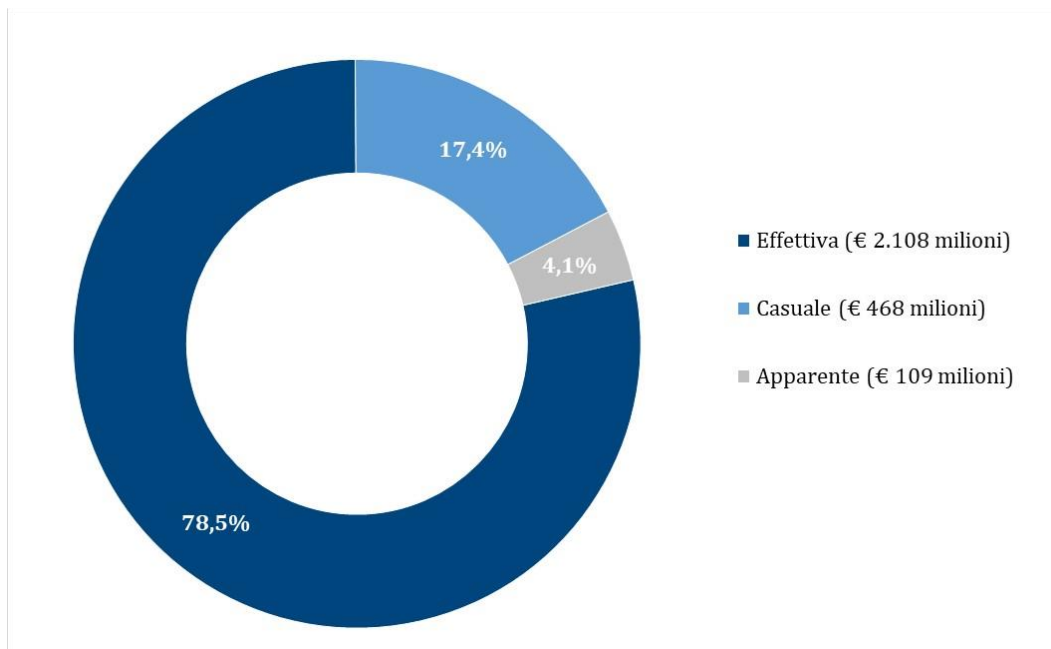


Figura 4.12. Mobilità sanitaria per ricoveri: effettiva, casuale, apparente (dati Agenas, 2022)

A sua volta la mobilità effettiva è suddivisa da Agenas in tre sottocategorie, in relazione alla tipologia di DRG:

- **DRG ad alta complessità.** Includono 84 DRG ad alta complessità e 119 DRG pediatrici.
- **DRG a rischio inappropriatelyzza.** Includono 108 DRG definiti dal Patto per la Salute 2010-2012 ad elevato rischio di inappropriatelyzza se erogati in regime di ricovero ordinario.
- **DRG a media o bassa complessità.** Includono tutti i ricoveri che non rientrano nelle due categorie precedenti.

Nel 2022, oltre la metà dei ricoveri in mobilità effettiva è ad alta complessità (51,7%), il 41,9% a media/bassa complessità e il 6,5% a rischio inappropriatelyzza (figura 4.13). In altri termini, senza un'indicazione precisa sulla percentuale di DRG a bassa complessità, i ricoveri potenzialmente evitabili rappresentano di fatto una quota marginale.

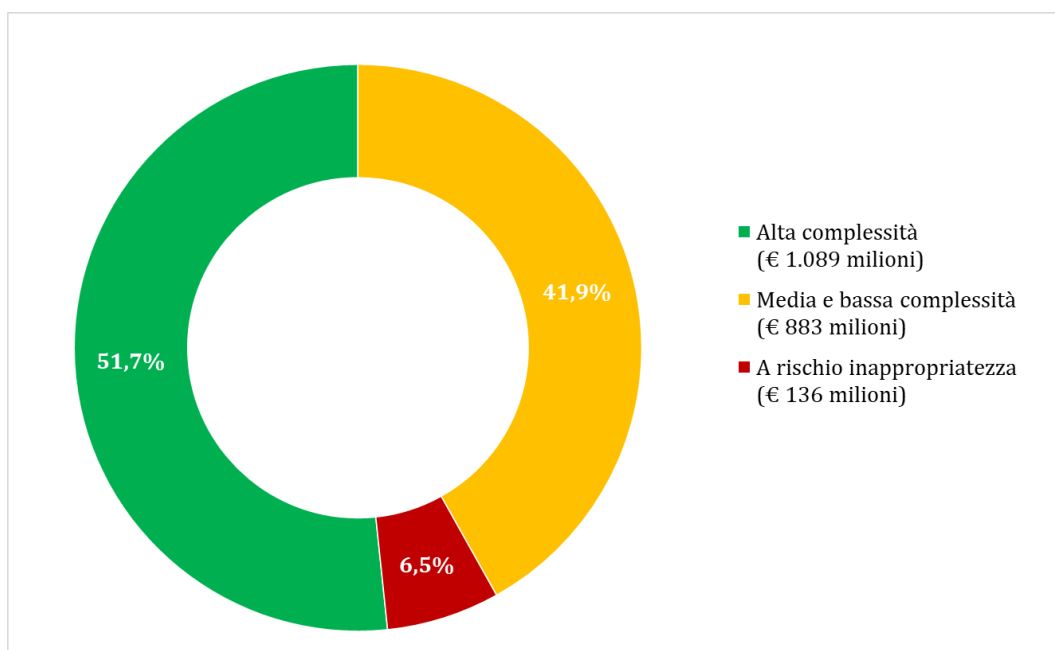


Figura 4.13. Mobilità sanitaria effettiva per ricoveri in relazione alla complessità del DRG (dati Agenas, 2022)

Infine, secondo Agenas, la mobilità effettiva può essere analizzata secondo la dimensione della “prossimità”, che identifica i ricoveri in mobilità effettuati in strutture vicine al comune di residenza del paziente. Una struttura è considerata di prossimità se dista al massimo 50 km e/o il tempo di percorrenza non supera i 60 minuti.

Nel 2022, solo l’11,6% dei ricoveri in mobilità effettiva è avvenuto in strutture di prossimità, (figura 4.14). Questo dato indica che lo spostamento dei pazienti verso altre Regioni per il ricovero dipende principalmente dalla scelta della struttura, più che dalla distanza dal proprio comune di residenza.

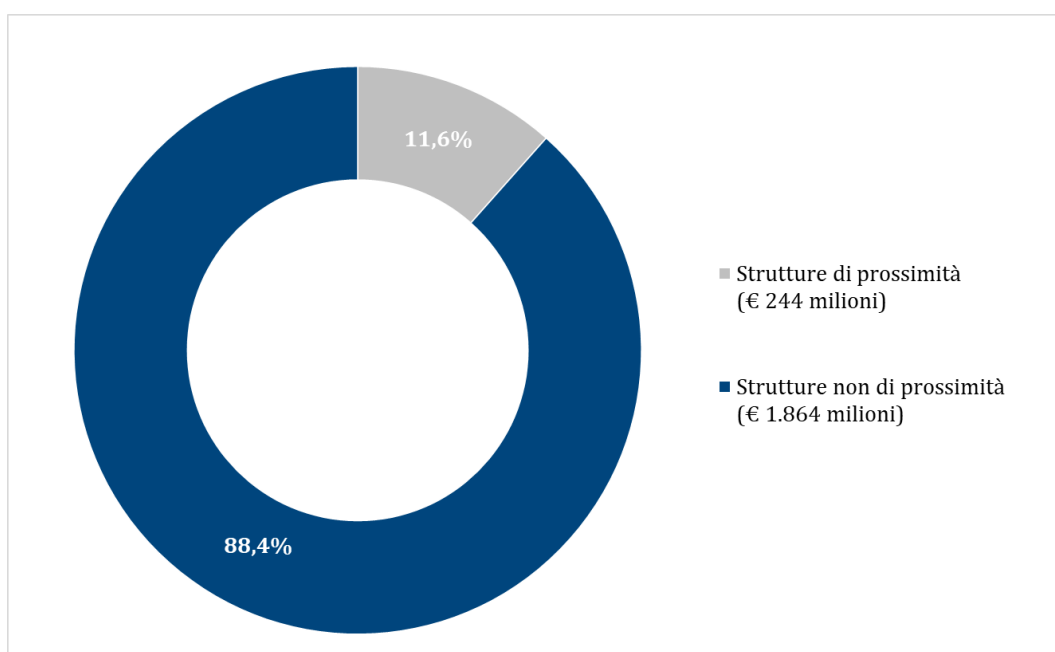


Figura 4.14. Mobilità sanitaria effettiva per ricoveri in relazione alla prossimità delle strutture rispetto al Comune di residenza (dati Agenas, 2022)

4.2.2. Mobilità per specialistica ambulatoriale

La fonte utilizzata da Agenas è il flusso informativo della specialistica ambulatoriale (ex art. 50, L. 326/2003), analizzato tramite il metodo FA-RE¹¹, un sistema di classificazione “ad albero”, elaborato dalla Regione Emilia-Romagna. Questo sistema, articolato su tre livelli di aggregazione, consente di classificare in modo sistematico e univoco tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale. Alle cinque tipologie di prestazioni di primo livello FA-RE (visite, diagnostica, laboratorio, terapeutiche, riabilitazione) sono state aggiunte due ulteriori categorie: PAC, che include i “pacchetti” di prestazioni codificati da ciascuna Regione e Provincia autonoma, e la categoria “altro” che raccoglie tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale non classificabili nelle altre categorie

I dati analizzati includono tutte le prestazioni ambulatoriali erogate a pazienti residenti in Italia, per i quali la Regione di residenza differisce da quella di erogazione, sia presso strutture pubbliche che private accreditate. A differenza della mobilità sanitaria per i ricoveri, nella specialistica ambulatoriale non sono stati applicati i criteri di mobilità effettiva, casuale e apparente poiché il flusso ex art. 50 dispone di informazioni più limitate rispetto al flusso SDO. Tuttavia, l'analisi include la mobilità di prossimità, adottando gli stessi criteri utilizzati per i ricoveri.

Nel 2022, oltre il 93% delle prestazioni di specialistica ambulatoriale è riconducibile a tre categorie: prestazioni terapeutiche (33,9%), diagnostica strumentale (31,6%) e prestazioni di laboratorio (27,9%), L'incidenza delle visite specialistiche in mobilità risulta invece marginale (4,9%) (figura 4.15).

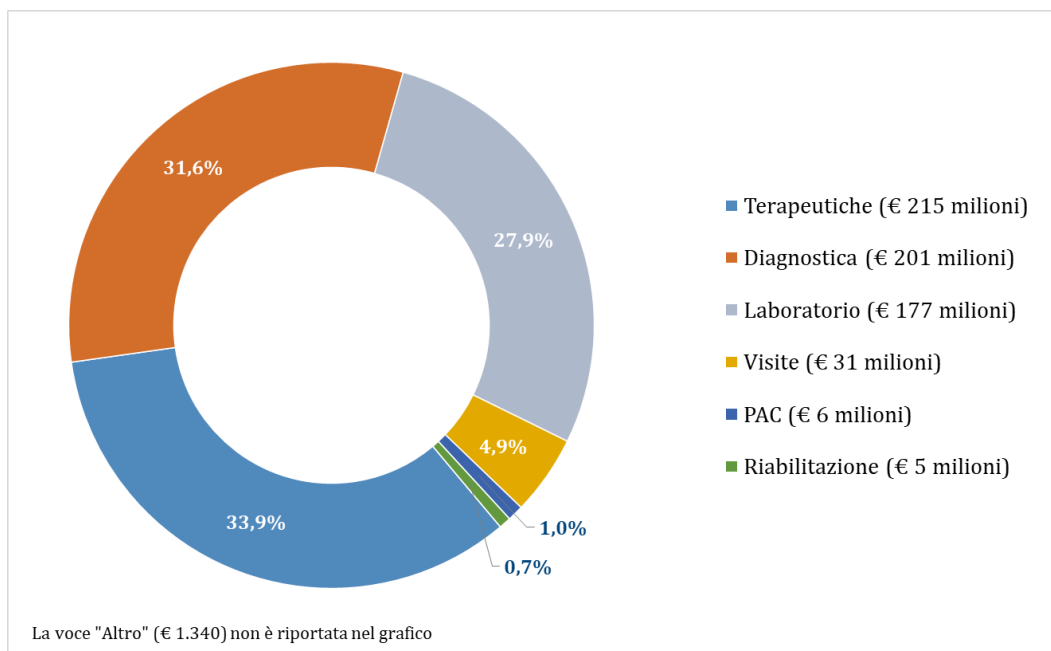


Figura 4.15. Mobilità sanitaria per specialista ambulatoriale per livello FA-RE (dati Agenas, 2022)

¹¹ Fadda A, Repetto F. et al. Attività specialistica ambulatoriale, primo rapporto. Anno 2000. Regione Emilia-Romagna, 2001.

Delle prestazioni ambulatoriali erogate in mobilità, solo il 21% viene effettuato in strutture di prossimità (figura 4.16). Sebbene questa percentuale sia maggiore rispetto a quella dei ricoveri, il dato conferma che anche per la specialistica ambulatoriale lo spostamento dei pazienti verso altre Regioni è determinato principalmente dalla scelta della struttura, più che dalla distanza dal proprio comune di residenza. Un dato che sembra contrastare con la strategia adottata da numerose Regioni per incentivare la mobilità attiva per la specialistica ambulatoriale, attraverso strutture private accreditate situate in prossimità dei confini regionali. Tuttavia, il dato potrebbe anche indicare che il criterio di prossimità adottato è troppo restrittivo per valutare in modo adeguato il ruolo effettivo di queste strutture nel potenziamento della mobilità attiva.

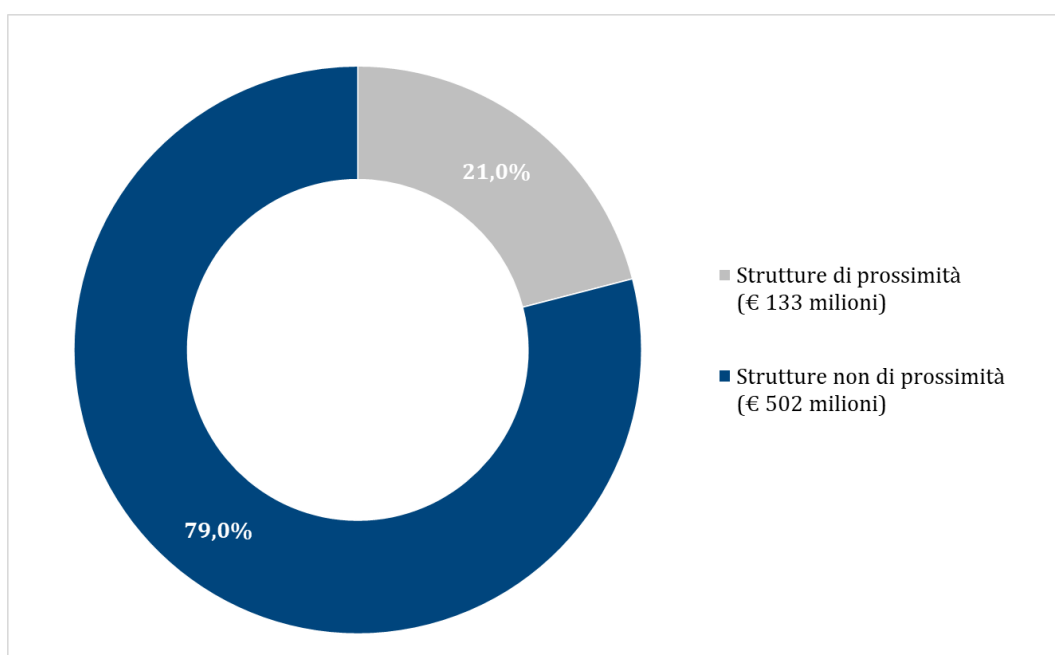


Figura 4.16. Mobilità sanitaria per specialista ambulatoriale in relazione alla prossimità delle strutture rispetto al Comune di residenza (dati Agenas, 2022)

4.3. Mobilità verso le strutture private accreditate

L'analisi dei Modelli M evidenzia che, considerando le prestazioni di ricovero e day hospital e quelle di specialistica ambulatoriale, le strutture private erogano complessivamente oltre la metà del valore della mobilità attiva: € 1.879 milioni (54,4%) rispetto a € 1.573,2 milioni (45,6%) delle strutture pubbliche (figura 4.16).

Nel dettaglio, il valore della mobilità sanitaria per i ricoveri (ordinari e day hospital) è nettamente superiore (+26,2%) nelle strutture private accreditate (€ 1.569,5 milioni) rispetto a quelle pubbliche (€ 1.243,6 milioni). Invece per la specialistica ambulatoriale, il privato accreditato eroga prestazioni in mobilità per € 309,5 milioni, di poco inferiori (-6,1%), rispetto alle strutture pubbliche (€ 329,6 milioni).

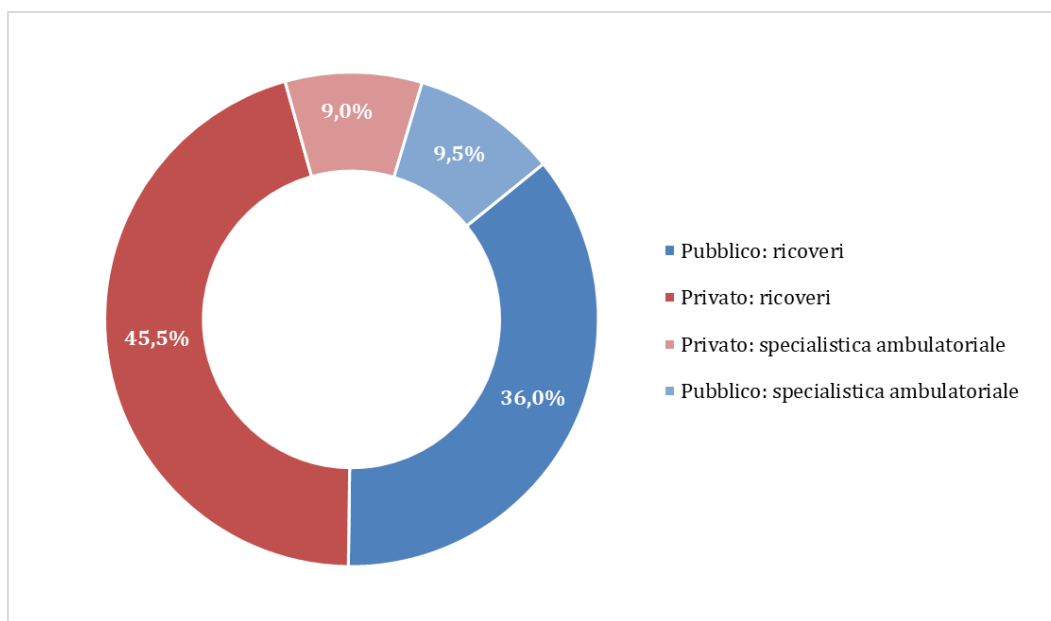


Figura 4.16. Percentuale della mobilità sanitaria 2022 per ricoveri (ordinari e day hospital) e per specialistica ambulatoriale, differenziata per strutture pubbliche e private accreditate

L'erogazione in mobilità di ricoveri e prestazioni specialistiche da parte delle strutture private ha un "peso" molto variabile tra le Regioni, rappresentando un indicatore proxy sia dell'offerta che della capacità attrattive del privato accreditato. Oltre al Molise (90,6%), superano il 60% del valore della mobilità erogato da strutture private la Lombardia (71,4%), la Puglia (70,7%) e il Lazio (62,4%). Al contrario, in altre Regioni le strutture private erogano meno del 20% del valore totale della mobilità per ricoveri e prestazioni ambulatoriali: Valle D'Aosta (16,9%), Umbria (15,5%), Liguria (11,9%), Provincia autonoma di Bolzano (9,9%) e Basilicata (8,9%) (figura 4.17).

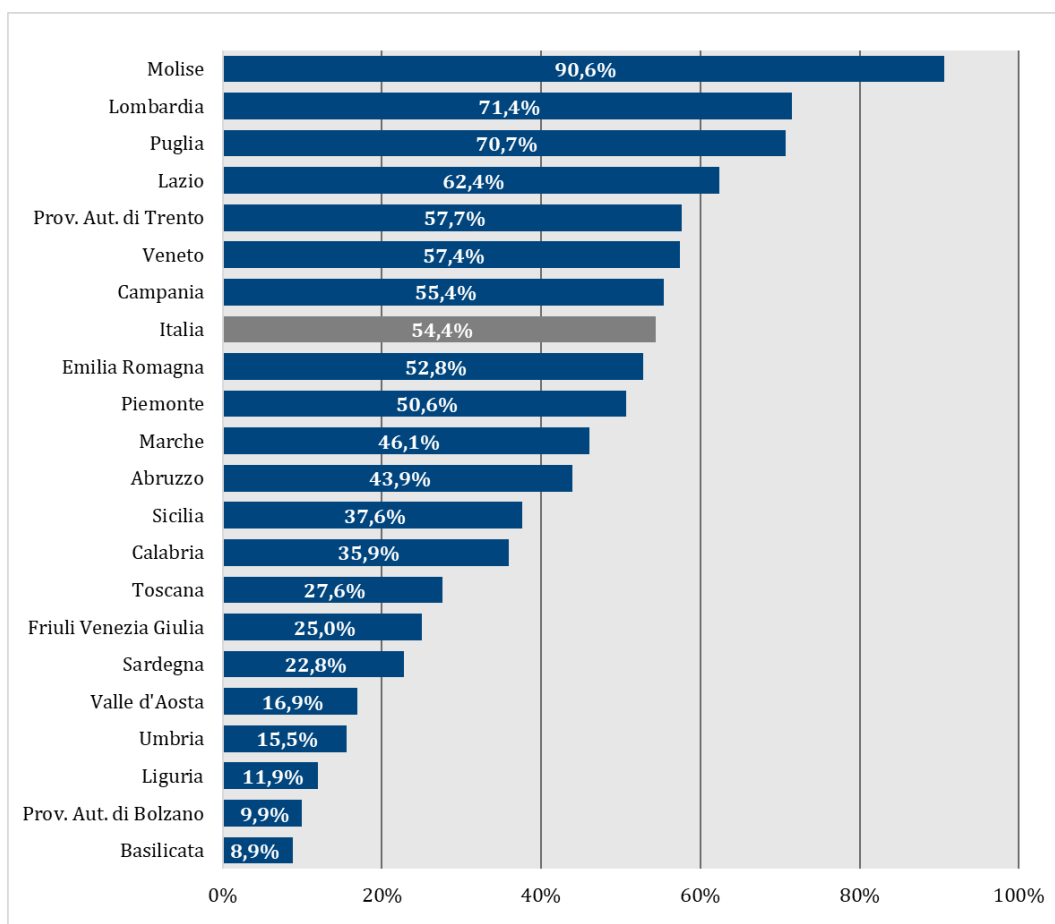


Figura 4.17. Valore percentuale della mobilità sanitaria 2022 erogata da strutture private accreditate: ricoveri (ordinari e day hospital) e specialistica ambulatoriale

In ciascuna Regione, la capacità attrattiva del privato accreditato è molto variabile tra ricoveri e specialistica ambulatoriale. Analizzando la percentuale di prestazioni erogate in mobilità attiva dalle strutture private accreditate, è possibile identificare due scenari estremi (tabella 4.5):

- Oltre il 50% di prestazioni erogate dalle strutture private accreditate sia per ricoveri che per specialistica ambulatoriale: Campania, Lombardia, Molise, Puglia e Veneto. Si tratta di Regioni caratterizzate da una forte presenza e capacità attrattiva del privato accreditato.
- Meno del 20% di prestazioni erogate dalle strutture private accreditate sia per ricoveri che per specialistica ambulatoriale: Liguria, Provincia autonoma di Bolzano e Umbria. In queste Regioni la presenza e la capacità attrattiva del privato accreditato sono molto limitate.

Destinazione	Ricoveri ordinari e day hospital	Specialistica ambulatoriale
Abruzzo	46,5%	28,7%
Basilicata	0,3%	31,3%
Calabria	36,6%	31,5%
Campania	51,9%	66,7%
Emilia-Romagna	56,0%	24,4%
Friuli Venezia Giulia	26,8%	21,5%
Lazio	66,5%	46,4%
Liguria	12,8%	8,0%
Lombardia	72,4%	67,3%
Marche	48,3%	33,0%
Molise	87,6%	95,7%
Piemonte	53,9%	31,8%
Prov. Aut. di Bolzano	10,0%	9,6%
Prov. Aut. di Trento	61,3%	36,2%
Puglia	70,8%	70,1%
Sardegna	22,6%	23,6%
Sicilia	35,3%	47,3%
Toscana	33,1%	7,9%
Umbria	17,2%	7,1%
Valle d'Aosta	21,9%	0,3%
Veneto	55,5%	63,8%
ITALIA	55,8%	48,4%

Tabella 4.5. Percentuale della mobilità sanitaria 2022 erogata da strutture private in ciascuna Regione

Per i ricoveri ospedalieri (ordinari e day hospital), la media nazionale delle prestazioni erogate dal privato accreditato è del 55,8%, con significative differenze tra Regioni: dall'87,6% del Molise allo 0,3% della Basilicata (figura 4.18).

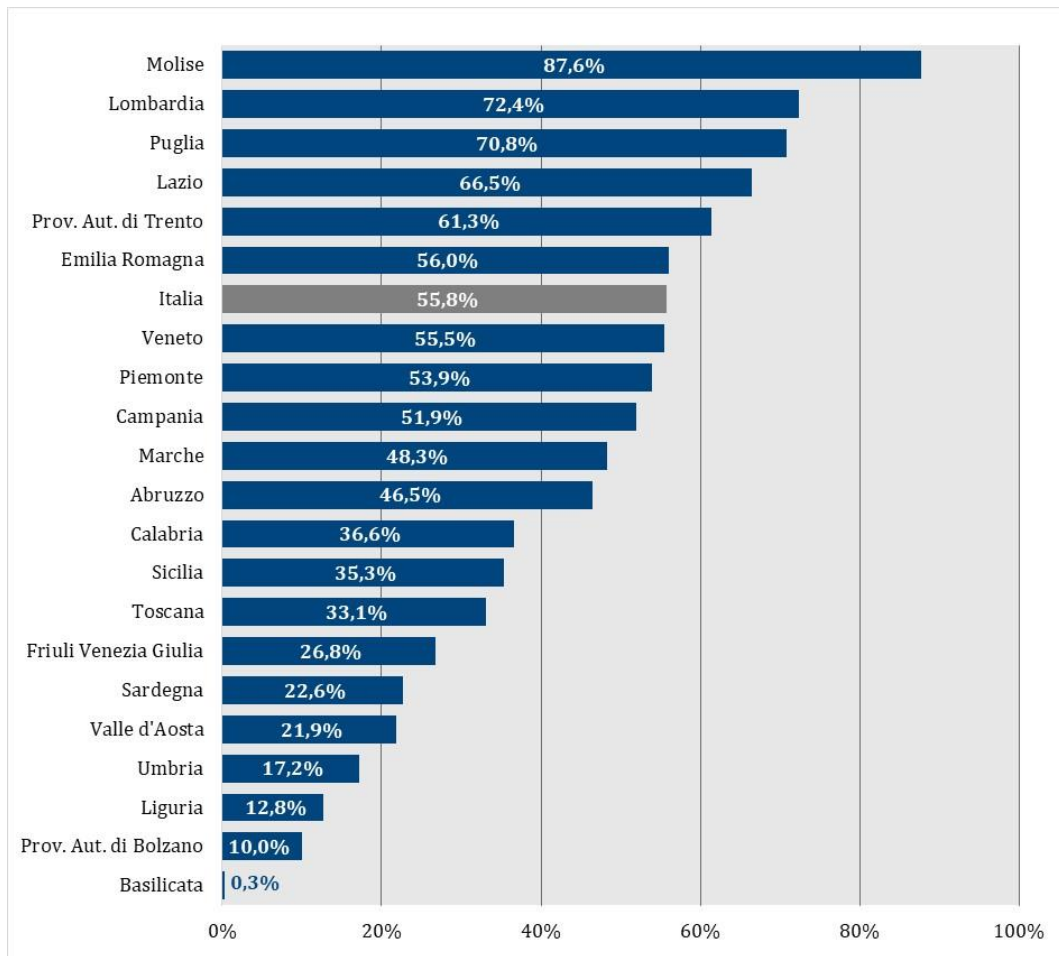


Figura 4.18. Percentuale della mobilità sanitaria 2022 erogata da strutture private accreditate: ricoveri

Per la specialistica ambulatoriale, la media nazionale delle prestazioni erogate dal privato accreditato è del 48,4%, con significative differenze tra Regioni: dal 95,7% del Molise allo 0,3% della Valle d'Aosta (figura 4.19).

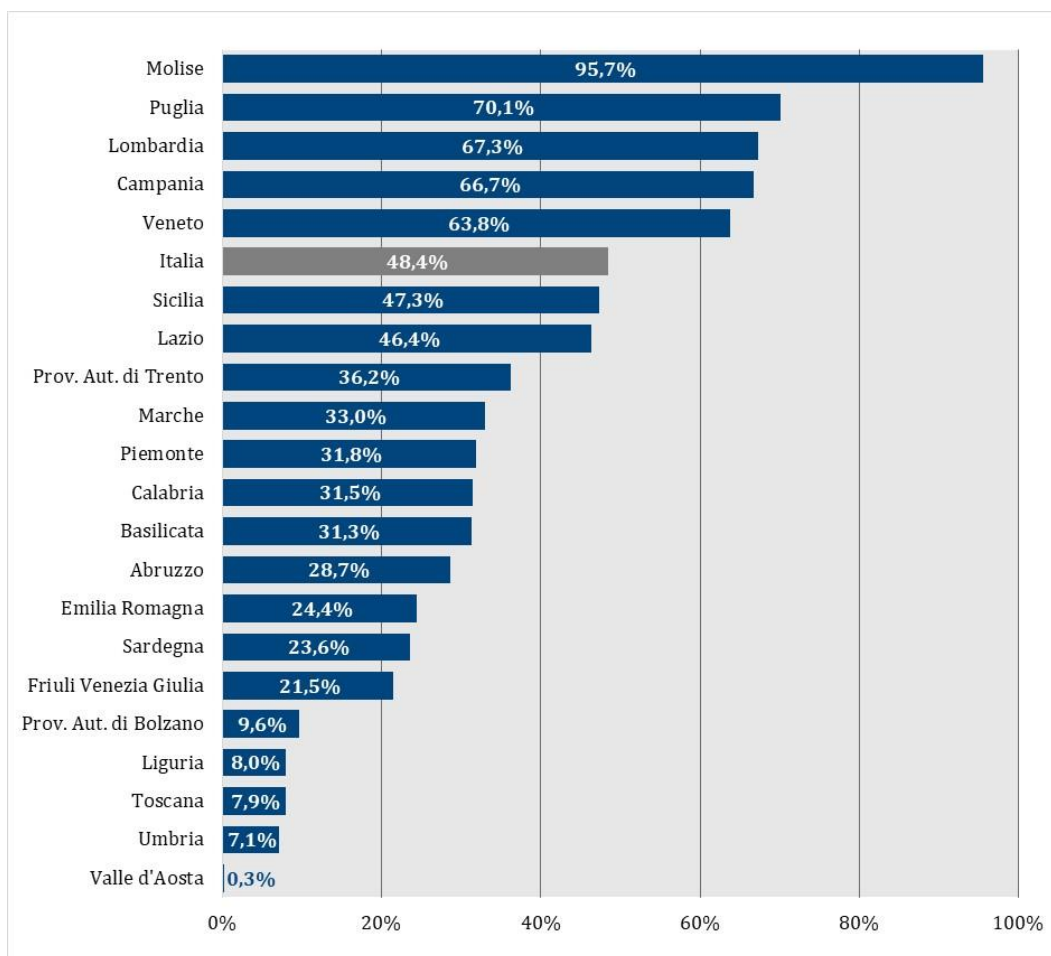


Figura 4.19. Percentuale della mobilità sanitaria 2022 erogata da strutture private accreditate: specialistica ambulatoriale

4.4. Relazione tra mobilità sanitaria e adempimenti LEA

Al fine di analizzare la relazione tra mobilità sanitaria e adempimento ai LEA nel 2022, sono stati correlati i punteggi totali ottenuti da ciascuna Regione e Provincia autonoma tramite gli indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia¹² e il saldo pro-capite di mobilità sanitaria, considerato l'indicatore più robusto per misurare l'impatto economico sulla popolazione residente. Il grafico è stato suddiviso in quadranti, utilizzando come riferimenti il saldo pro-capite pari a € 0 e la media nazionale dei punteggi LEA pari a 211 punti (figura 4.20).

Dall'analisi della posizione di ciascuna Regione e Provincia autonoma emergono alcune considerazioni. Innanzitutto, esiste una forte correlazione tra adempimenti LEA e saldi pro-capite di mobilità: le prime 5 Regioni per punteggio totale degli adempimenti LEA 2022 (Emilia-Romagna, Veneto, Toscana, Lombardia e Provincia autonoma di Trento) rientrano tra le prime sei per saldo pro-capite di mobilità. In secondo luogo, quasi tutte le Regioni con punteggio totale LEA inferiore alla media nazionale presentano saldi pro-capite di mobilità negativi. Infine, si identificano due *outlier*: il Molise, Regione inadempiente sui LEA, commissariata e in Piano di rientro, si colloca al secondo posto per saldo pro-capite attivo di mobilità sanitaria. La Basilicata, invece, pur risultando adempiente sui LEA, registra un rilevante saldo pro-capite negativo.

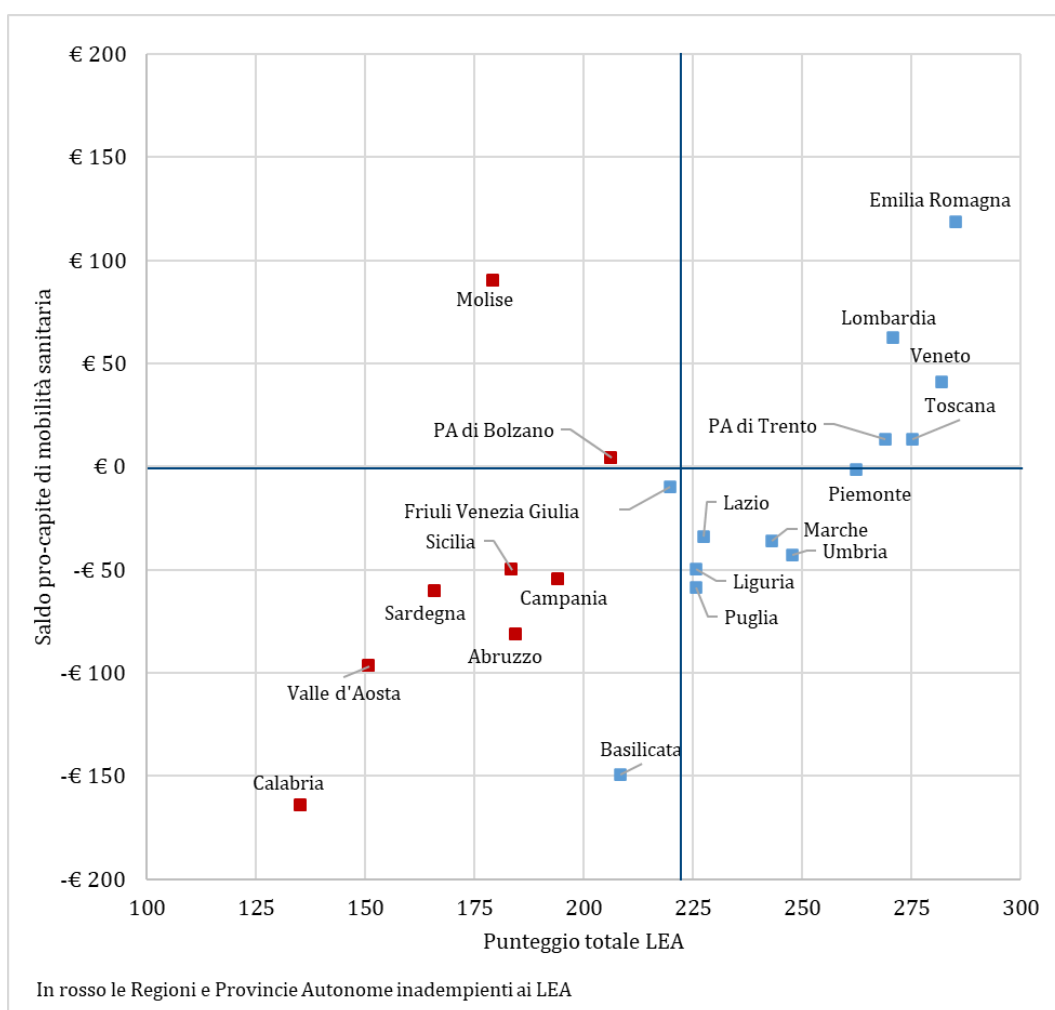


Figura 4.20. Relazione tra punteggio LEA totale 2022 e saldo pro-capite della mobilità sanitaria 2022

¹² Ministero della Salute. Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG). Gennaio 2025. Disponibile a: www.salute.gov.it/portale/lea/detta-gliContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=Lea&menu=vuoto. Ultimo accesso: 10 febbraio 2025.

5. Limiti

Per le analisi sono stati utilizzati esclusivamente dati istituzionali provenienti da tre fonti differenti. Di conseguenza, i limiti sono legati ai metodi di raccolta, sintesi e pubblicazione dei dati sulla mobilità sanitaria in ciascuna delle fonti istituzionali. In particolare, i valori riportati dalle differenti fonti utilizzate non coincidono per le seguenti ragioni:

- I dati dei Modelli M relativi al “primo addebito” non consentono di stimare il valore delle rettifiche successive derivanti da contestazioni, controdeduzioni, accordi bilaterali e determinazioni del collegio arbitrale.
- I dati dell’Intesa Stato-Regioni, che includono gli accordi di compensazione, non permettono di effettuare valutazioni sulle tipologie di prestazioni erogate, né sulle differenze tra pubblico e privato accreditato per ricoveri e specialistica ambulatoriale
- I dati Agenas si riferiscono esclusivamente a ricoveri e specialistica ambulatoriale erogati in mobilità e provengono, rispettivamente dal flusso SDO e della specialistica ambulatoriale.

Infine, considerato che le prestazioni incluse nei LEA che non rientrano tra quelle in compensazione vengono addebitate tramite fatturazione diretta¹³, il valore complessivo della mobilità sanitaria risulta sottostimato di un importo non quantificabile.

¹³ Accordo, ai sensi dell’articolo 9, comma 2 dell’Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, sul documento recante “Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria aggiornato all’anno 2022 - Regole tecniche”. Disponibile a: www.statoregioni.it/media/6025/p-4-csr-atto-rep-n-134-7giu2023.pdf. Ultimo accesso: 10 febbraio 2025.

6. Conclusioni

Nel 2022, il valore della mobilità sanitaria ammonta a € 5.037 milioni, il livello più alto dal 2010, con un incremento del 18,6% rispetto al 2021. Questa cifra rappresenta il 3,86% della spesa sanitaria totale, che nello stesso anno è stata pari a € 130.504 milioni¹⁴. Sebbene la percentuale possa sembrare contenuta, il fenomeno assume particolare rilevanza per tre ragioni fondamentali. Innanzitutto, per il suo impatto sull'equilibrio finanziario di alcune Regioni, sia in saldo positivo (es. Lombardia: +€ 623,6 milioni; Emilia-Romagna: +€ 525,4 milioni; Veneto: +€ 198,2 milioni), sia in saldo negativo (es. Campania: -€ 308,4 milioni; Calabria: -€ 304,8 milioni). In secondo luogo, perché il 55,8% delle prestazioni di ricovero in mobilità e il 48,4% di quelle ambulatoriali viene erogato da strutture private accreditate, un dato che evidenzia il crescente ruolo del settore privato nel soddisfare la domanda di cure. Infine, per l'impatto sanitario, sociale ed economico sui residenti nelle Regioni in cui la carente offerta di servizi sanitari li costringe a cercare risposte altrove.

I flussi economici della mobilità sanitaria scorrono prevalentemente da Sud a Nord, con una concentrazione significativa verso Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto, che insieme generano quasi la metà dei crediti della mobilità e il 94,1% del saldo complessivo.

Nel 2022, l'85,8% della mobilità sanitaria ha riguardato prestazioni di ricovero ordinario e day hospital (69,9%) e specialistica ambulatoriale (15,9%). Complessivamente, oltre la metà del valore di tali prestazioni viene erogata da strutture private accreditate che attraggono molto più del pubblico (+26,2%) per i ricoveri, e poco meno (-6,1%) per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. La capacità attrattiva del privato accreditato delle prestazioni in mobilità risulta molto eterogenea tra le Regioni.

Secondo i dati Agenas, il 78,5% della mobilità per ricoveri è classificato come effettiva, ovvero dipende dalla scelta del paziente. Mentre nel 4,5% riguarda casi in cui il domicilio del paziente non coincide con la Regione di residenza (mobilità apparente) e il 17,4% è legato a prestazioni in urgenza (mobilità casuale). Della mobilità effettiva, solo il 6,5% riguarda ricoveri ordinari a rischio inappropriata. Per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale erogata in mobilità, oltre il 93% è riconducibile a tre categorie: prestazioni terapeutiche (33,9%), diagnostica strumentale (31,6%) e prestazioni di laboratorio (27,9%).

La correlazione tra adempimenti LEA e saldi di mobilità sanitaria è molto stretta. Da un lato, le prime cinque Regioni per punteggio totale LEA rientrano tra le prime sei per saldo pro-capite di mobilità; dall'altro, quasi tutte le Regioni con punteggio totale LEA inferiore alla media nazionale registrano saldi pro-capite di mobilità negativi. Peraltro la mobilità sanitaria rappresenta solo la punta dell'iceberg delle diseguaglianze regionali: infatti, considerato che riguarda per oltre due terzi i ricoveri ospedalieri, non rende conto della qualità dell'assistenza territoriale e socio-sanitaria, ambiti in cui il divario Nord-Sud è ancora più marcato

Infine, la valutazione dell'impatto economico complessivo della mobilità sanitaria non consente di quantificare tre elementi fondamentali. Innanzitutto, il numero di pazienti e familiari/caregiver coinvolti: uno studio realizzato dal Censis per Casamica sui dati del 2015

¹⁴ ISTAT. IstatData: Spesa sanitaria per soggetto erogatore e tipo di finanziamento. Maggio 2024. Disponibile a: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1.DATAWAREHOUSE.1.0/UP_ACC_HEALTH/IT1.91_963_DF_DC_CN_SHA_3.1.0. Ultimo accesso: 10 febbraio 2025.

stima che il fenomeno riguardi 1.400.000 di persone, di cui 750.000 pazienti e 650.000 accompagnatori¹⁵. In secondo luogo, i costi sostenuti per gli spostamenti: una survey condotta su circa 4.000 cittadini italiani evidenzia che nel 43% dei casi chi si sposta dalla propria Regione affronta spese comprese tra € 200 e € 1.000 e nel 21% dei casi il costo varia fra € 1.000 e € 5.000¹⁶. Un'altra survey, condotta su circa 1.300 pazienti oncologici, ha documentato che il 45,1% sostiene spese per mezzi di trasporto (in media € 359/anno) e il 26,7% per l'alloggio lontano dalla propria residenza (in media € 227/anno)¹⁷. Da ultimo occorre considerare i costi indiretti, quali assenze dal lavoro di familiari, permessi retribuiti, oltre ai costi intangibili legati alla mancata esigibilità di un diritto fondamentale sancito dalla Costituzione.

Le analisi effettuate nel presente report dimostrano che la mobilità sanitaria è un fenomeno dalle enormi implicazioni sanitarie, sociali, etiche ed economiche, che evidenzia profonde disparità nel diritto alla tutela della salute. Rappresenta dunque un segnale di allarme, che impone interventi urgenti per riequilibrare i diritti delle persone.

Garantire il diritto alla tutela della salute su tutto il territorio nazionale significa evitare che intere aree del Paese continuino a esportare pazienti e miliardi di euro, mentre altre consolidano i propri poli d'eccellenza, spesso rappresentati da strutture private accreditate. In assenza di investimenti mirati, coraggiose riforme, in particolare su Piani di rientro e commissariamenti, e politiche di riequilibrio, la mobilità sanitaria finirà per penalizzare sempre più i cittadini più fragili, minando alle fondamenta l'universalità del Servizio Sanitario Nazionale. Infine, senza adeguate misure correttive, l'autonomia differenziata affosserà definitivamente la sanità del Mezzogiorno, con un effetto boomerang sulle Regioni del Nord più attrattive, che potrebbero trovarsi in difficoltà nel garantire un'adeguata erogazione dei LEA ai propri cittadini residenti.

¹⁵ CENSIS. Migrare per Curarsi. Roma, gennaio 2017. Disponibile a: www.casamica.it/wordpress/wp-content/uploads/2017/03/Ricerca-Casamica-Censis.pdf. Ultimo accesso: 10 febbraio 2025.

¹⁶ Deloitte. Outlook Salute Italia 2021. Il Sistema Sanitario Italiano tra pubblico e privato: sostenibilità e prospettive. Gennaio 2020. Disponibile a: www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/it/Documents/public-sector/Deloitte%20Outlook%20Salute%20Italia%202021_Presentazione%20risultati%20ricerca.pdf. Ultimo accesso: 10 febbraio 2025.

¹⁷ Osservatorio sulla condizione assistenziale dei malati oncologici. 15° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici. Maggio 2023. Disponibile a: <https://osservatorio.favo.it/quindicesimo-rapporto/download-15>. Ultimo accesso: 10 febbraio 2025.



#SalviamoSSN

Fondazione GIMBE
Diffondere le conoscenze
Migliorare la salute

Via Amendola, 2
40121 Bologna
Tel. 051 5883920
info@gimbe.org
www.gimbe.org